



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2020

Konservative Therapie bei Deszensusbeschwerden. Physiotherapie und Pessar als empfehlende Firstline-Therapie

Scheiner, David Amos ; Perucchini, Daniele ; Ghisu, Gian-Piero ; Fink, Daniel ; Betschart, Cornelia

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

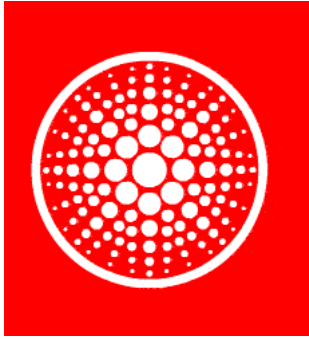
ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-195956>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Scheiner, David Amos; Perucchini, Daniele; Ghisu, Gian-Piero; Fink, Daniel; Betschart, Cornelia (2020).
Konservative Therapie bei Deszensusbeschwerden. Physiotherapie und Pessar als empfehlende Firstline-
Therapie. *info@gynäkologie*, 10(2):5-9.



www.fer

CH-FCM-2000197

[der informierte @rzt](#)[info@herz+gefäss](#)[info@onkologie](#)[info@gynäkologie](#)[la gazette médicale](#)
info@gériatrie

Fortbildung

medinfo
AERZTEVERLAG

Konservative Therapie bei Deszensusbeschwerden

Physiotherapie und Pessar als empfohlene Firstline-Therapie

■ startseite → [info@gynäkologie](#) → Physiotherapie und Pessar als empfohlene Firstline-Therapie

Der folgende Artikel soll die komplexe Thematik der Deszensusbeschwerden näherbringen. Zu den aufgegriffenen Punkten gehören der Zusammenhang zwischen Geburt und Beckenboden, Risikofaktoren für die Entwicklung eines Genitaldeszensus und die heute vorhandenen therapeutischen Optionen, allen voran die Pessartherapie. Obschon das Augenmerk auf die konservativen Therapieformen gerichtet wird, soll auch kurz die Problematik der Deszensuschirurgie gestreift werden.

Descensus genitalis in nuce

Sogar die Bibel hob die Problematik des Gebärens bei uns Menschen hervor: «mit Schmerzen sollst du Kinder gebären» (Genesis 3:16). Wir haben früh begriffen, dass sich unsere Geburt von derjenigen in der Tierwelt unterscheidet. Nur wir Menschen benötigen eine Hebamme zur Geburt. Zeuge der Konsequenzen der vaginalen Geburt auf den weiblichen Beckenboden aus der Antike ist das Viesenhäuser Tonpessar aus der vorrömischen Eisenzeit in Deutschland (1). Der Beckenboden bildet den anatomischen Abschluss des Bauchraumes und wird naturbedingt bei der Frau durch drei anatomische Lücken unterbrochen, nämlich für Urethra, Rektum und Vagina (sog. Hiatus urogenitalis). Damit sind die physiologischen Funktionen Miktion, Defäkation und Reproduktion gewährleistet.

Komplexe Geburtsmechanik

Heute verstehen wir, dass nicht die Einverleibung verbotener Früchte, sondern die komplexe Geburtsmechanik beim Menschen den Beckenboden akut überdehnt und Schmerzen auslöst. Das evolutiv eng gewordene mütterliche Becken ermöglichte den aufrechten Gang, führte aber bei gleichzeitig grösser gewordenem Gehirn und kindlichem Köpfchen zu einem ungünstigen Kopf-Becken-Verhältnis. Ein grosses Kind, enge mütterliche innerliche Beckenmasse, aber z. B. auch die geburtsmechanisch ungünstige hintere Hinterhauptslage erschweren den Geburtsvorgang, verlängern die Austreibungsphase und traumatisieren damit den mütterlichen Beckenboden zusätzlich. Auf seinem Weg durch den Geburtskanal überdehnt und komprimiert das kindliche Köpfchen Bindegewebe, Muskulatur und Nerven des Beckenbodens; Muskelabrisse und Nervenschäden sind akute Folgen (2-7). Höheres mütterliches Alter, Forzepsentbindung und Dammschnitt sind weitere geburtshilfliche Risikofaktoren (8, 9). Langfristig kommt es zur Belastungsinkontinenz in 25 bis 45%, Stuhlinkontinenz in 11 bis 15% und Genitaldeszensus in 5 bis 15% (Abb. 1) (10-14).

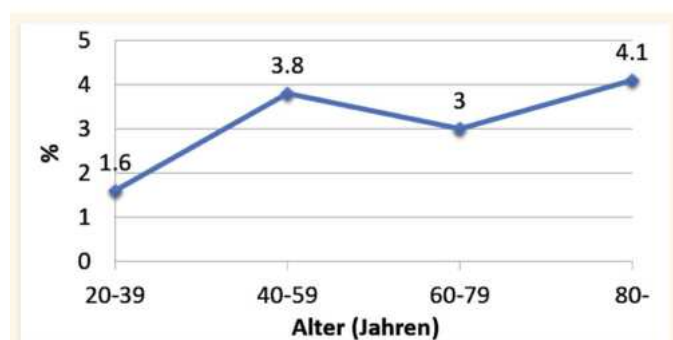


Abb. 1: Häufigkeit des Genitaldeszensus («Sehen/Spüren einer Vorwölbung in oder ausserhalb der Scheide») in Abhängigkeit des Alters bei 1961 nichtschwangeren Frauen (54).

Isolierter oder kombinierter Genitaldeszensus

Von Genitaldeszensus sprechen wir bei einer Senkung der vorderen Vaginalwand mit Tieferreten der Blase (Zystozele), der hinteren Vaginalwand mit dem Rektum (Rektozele) oder des Apex mit dem Uterus (Deszensus uteri) bzw. Vaginalstumpf bei Zustand nach Hysterektomie. Der Deszensus tritt isoliert oder häufiger kombiniert auf. Während das vaginale Gebären das Risiko für die Entwicklung einer Urin- oder Stuhlinkontinenz verdoppelt, erhöht sich das Risiko für einen Genitaldeszensus zusätzlich mit jeder weiteren vaginalen Geburt (Abb. 2). Das Lebenszeitrisiko für die Entwicklung eines Genitaldeszensus beträgt 30 bis 50% und für eine Operation wegen Beckenbodenschwäche 11 bis 19% (15-17). Mit steigender Lebenserwartung steigt die Inzidenz des Genitaldeszensus mit entsprechenden ökonomischen Folgen (18). Tatsächlich kann aber ein Genitaldeszensus auch bei nulliparen Frauen auftreten (19, 20). Chronische Belastung des Beckenbodens durch chronische Lungenerkrankungen oder Husten, chronische Obstipation, Adipositas oder Alltagsbelastungen in Beruf oder Haushalt wie Heben schwerer Lasten sowie eine genetische Prädisposition wurden als weitere Risikofaktoren ausgemacht (8).

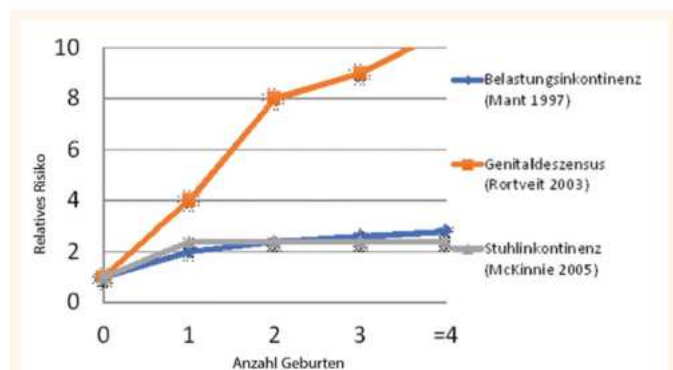


Abb. 2: Relatives Risiko für die Entwicklung einer Belastungsinkontinenz, Stuhlinkontinenz und Genitaldeszensus in Abhängigkeit der Anzahl vaginalen Geburten

Problematik der Deszensusbehandlung

Den kuriosen antiken und mittelalterlichen Therapiemodalitäten wie die Beräucherung oder das in Schrecken Versetzen des prolabierten Uterus mit glühenden Eisen zwecks Reposition desselben folgten nicht minder haarsträubende Massnahmen wie das Aufhängen der Betroffenen an den Beinen oder als Ultima Ratio die vaginale Hysterektomie, die erstmalig Soranus von Ephesus im 2. Jahrhundert zur Therapie eines gangränösen prolabierten Uterus durchgeführt hatte (21, 22). Der Leser erahnt, wie nutzlos die erstgenannten Verfahren sind, die Suspension nur im Moment wirkt und die vaginale Hysterektomie, sofern komplikationslos durchgeführt, den Deszensus unzureichend behandelt.

Vaginalpessar seit der Antike

Doch eine Therapieform ist seit der Antike geblieben: Ob Hippokrates' Granatapfel, in Honig getränkte oder von Wachs überzogene Wollknäuel, ob aus Keramik, Bronze, Gold, Porzellan, Glas, Kautschuk, Holz, Kork, Gips oder wie heutzutage als modernes Medizinprodukt aus dem weichen, gewebeverträglichen, haltbaren, gegen Gerüche resistenten und die vaginale Flüssigkeit abweisende Silicon oder Polyvinylalkohol-(PVA-)Schaumstoff, das Wirkprinzip des Vaginalpessars (griechisch πεισών für Stöpsel und lateinisch pessarium für Gebärmutterzapfen) bleibt dasselbe, nämlich die Elevation der tiefergetretenen, prolabierten Beckenorgane (Abb. 4) (21, 22). Allerdings muss dieses Hilfsmittel ständig getragen werden, um Abhilfe oder Linderung zu verschaffen und wird heutzutage weniger als dauerhafte Lösung angesehen. Seit 1892, als der Schweizer Gynäkologe Paul Zweifel die sakrotubale Fixation durchführte, werden die chirurgischen Verfahren zur definitiven Behebung des Genitaldeszensus weiterentwickelt (23). Doch auch die moderne Chirurgie ist nicht frei von Komplikationen. Gerade die älteren Frauen sind nicht nur häufiger von Senkungen betroffen, sondern erleiden auch häufiger narkosebedingte kognitive Veränderungen (24, 25). Dazu kommt, dass die Deszensuschirurgie das Problem auch nicht immer vollumfänglich löst. Bei der klassischen Deszensuschirurgie ohne alloplastisches Netz sind Rezidive und Reoperationen je nach Kompartiment in 5 bis 17% beschrieben (Abb. 3) (26-30).

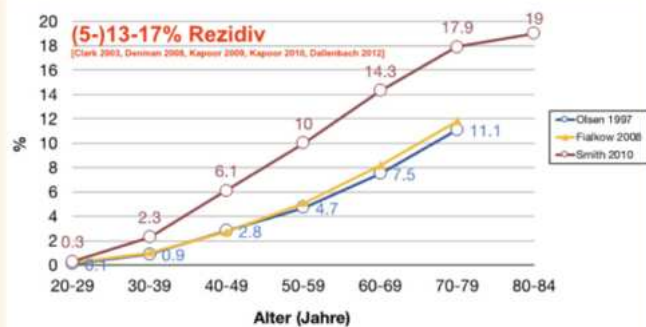


Abb. 3: Lebenszeitrisko (kumulative Inzidenz) im Leben einer Frau, wegen Beckenbodenschwäche (Inkontinenz oder Deszensus) operiert zu werden. Je nach Studie liegt die Rezidivrate zwischen 5 und 17%.

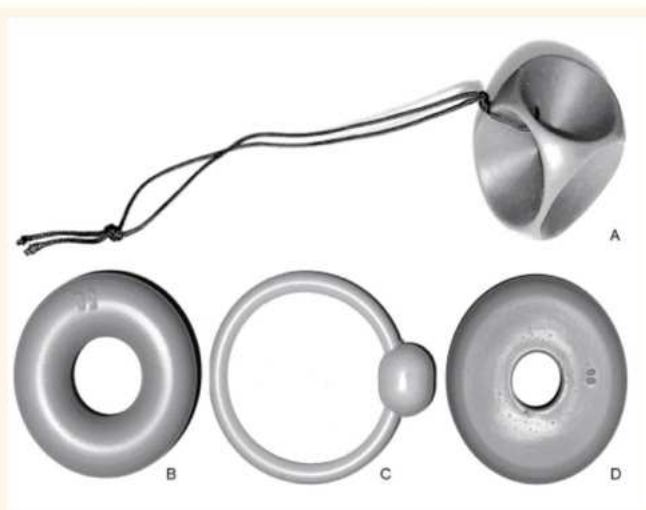


Abb. 4: Pessare zur Reposition des Genitaldeszensus. Heutzutage werden Pessare aus Silicon oder Polyvinylalkohol-(PVA-)Schaumstoff hergestellt. Die gebräuchlichsten Formen sind Würfelpessare (A), die von der Patientin selbstständig am Morgen eingeführt und am Abend entfernt werden, Ringpessare (B), Urethrapessare (C) und Schalenpessare (D).

Netzunterstützte vaginale Operationstechniken

Die zur Senkung der Rezidivrate entwickelten und propagierten netzunterstützten vaginalen Operationstechniken erzielen zwar höhere objektive (aber nicht zwingend subjektive) Heilungsraten, dies jedoch zum Preis neuer operationswürdiger Komplikationen wie Blasenläsionen (3.5%), vaginale Netzerosionen (bis 17 %), operative Revisionen von Erosionen (bis 6%) und einer Dyspareunierate bis 17% (31-35). Der Lebensqualität der Betroffenen zuträglich ist dies bestimmt nicht. Es kam, wie es kommen musste: Patientinnen klagten, es kam zu Verurteilungen und Strafzahlungen horrender Summen in den angelsächsischen Ländern, die amerikanische Food and Drug Administration (FDA) warnte im Jahre 2011 vor den Netzen, im Verlauf zogen viele Hersteller ihre Netze vom Markt zurück, und viele angelsächsischen Länder untersagten deren Einsatz (36, 37). In der Schweiz werden Netze weiterhin eingesetzt, die Indikation und Situation wird aber differenzierter als in den genannten Ländern betrachtet, zumal allein schon zwischen vaginalen, abdominalen bzw. laparoskopischen Netzen und Inkontinenzschlingen unterschieden wird (31).

Symptome, Schweregrad, Lebensqualität

Ein symptomatischer Genitaldeszensus reduziert die Lebensqualität (38). Die betroffenen Frauen schildern typischerweise ein vaginales Druck- oder Fremdkörpergefühl, das über den Tag zu- und über Nacht bzw. im Liegen abnimmt. Reicht der Deszensus über den Introitus vaginae hinaus, dann scheuern Vaginalwand und Portio an der Unterwäsche, und es treten Ulzerationen und blutiger Fluor auf. Blasenentleerungsstörungen, Restharnbildung, Drangbeschwerden oder Urininkontinenz können durch eine Zystozele bedingt sein, Defäkationsbeschwerden, Obstipation (stool outlet obstruction) oder rektale Schmerzen wiederum können bei Rektozelen auftreten. Der Genitaldeszensus wird mit dem Pelvic-Organ-Prolapse-Quantification-System (POP-Q) zentimetergenau für jedes einzelne Kompartiment (Zystozele, Rektozele und Uterus bzw. Vaginalstumpf) in die Grade 0 bis 4 eingeteilt (39): Grad 0 = kein Deszensus, Grad 1 = maximaler Deszensus bis >1 cm oberhalb des Hymenalsaums, Grad 2 = Deszensus ≤1 cm kranial bis 1 cm kaudal des Hymenalsaums, Grad 3 = Deszensus > 1 cm kaudal des Hymens des Introitus und Grad 4 = Totalprolaps von mindestens Vaginallänge minus 2 cm über Hymenalsaum hinaus. Zwar ist POP-Q ein gutes Instrument zur Quantifizierung eines Deszensus, korreliert aber nur schwach mit den subjektiven Beschwerden. Häufig bleibt ein geringer Deszensus stumm. Nimmt dieser mit der Zeit zu, so kann er schon bei den Graden 1 und 2 mit Blasen-, Darm- und Senkungsbeschwerden assoziiert sein, und die Betroffenen sehen oder spüren eine Vorwölbung (40). Letztlich ist aber der Hymenalsaum kein verlässlicher Grenzwert zur Identifikation von Frauen mit symptomatischem Genitaldeszensus (41).

Abklärung

Die gynäkologische Abklärung beim Genitaldeszensus umfasst die Inspektion des Introitus vaginae und die vaginale SpekulumEinstellung mit separater Beurteilung der vorderen (Zystozele) und hinteren Vaginalwand (Rektozele) sowie von Apex vaginae mit der Portio (Uterus) oder bei Zustand nach Hysterektomie des Vaginalstumpfs. Die genitale Trophik wird anhand des pH-Wertes und der vaginalen Rugierung eruiert: Ein pH-Wert unter 4.5 spricht für eine gute Trophik (z. B. prämenopausal), wohingegen in der Postmenopause bzw. bei Östrogenmangel der Wert auf über 6 ansteigt und die Rugae vaginales verstrichen sind. Mittels Rektalpalpation wird das Ausmass der Rektozele beurteilt und diese von einer Enterozele abgegrenzt. Restharn wird sonografisch anhand der Elipsoid-Formel berechnet: Die Blase wird in zwei Ebenen vermessen (Länge, Breite und Höhe in Zentimeter) und der Restharn durch Multiplikation dieser drei Strecken und den Faktor 0.6 in Milliliter ermittelt. Bei Vorliegen von Blasen- und Miktionsbeschwerden soll auch eine Urinanalyse erfolgen. Ebenfalls ist eine urodynamische Abklärung insbesondere bei Urininkontinenz oder Blasenbeschwerden zu diskutieren.

Konservative Therapieoptionen

Der Genitaldeszensus, der die Patientin weder stört noch Blasen-, Darmbeschwerden oder Ulzerationen verursacht, ist nicht behandlungsbedürftig. Als Folge des bisher Gesagten empfiehlt sich als erster Schritt und insbesondere beim Genitaldeszensus bis Grad 2 das konservative Vorgehen (42). Das «ideale» Vorgehen, ob konservativ oder chirurgisch, wird mit der Patientin individuell geplant. Dabei spielen ihr Alter, die Komorbiditäten, Sexualität und insbesondere ihre Wünsche und Vorstellungen die entscheidende Rolle.

Gewichtsabnahme, Stuhlregulation und Nikotinkarenz

Eine solche reduziert bei übergewichtigen Frauen deren Beschwerden bei Inkontinenz und Genitaldeszensus (43-45). Begleiterkrankungen, die sogar ursächlich für die Beckenbodenschwäche sein können, wie chronische Lungenerkrankungen, Husten oder Obstipation, sollen mittherapiert werden. Gerade die chronische Obstipation kann eine verstärkte Bauchpresse nötig machen und damit eine Rektozele verstärken. Hier sind Beckenbodentraining, ballaststoffreiche Ernährung und Stuhlregulation hilfreich. Eine körperliche chronische (Fehl-)Belastung, z. B. am Arbeitsplatz, ist ebenfalls anzugehen. Eine Nikotinkarenz ist dringend nahezulegen.

Beckenbodenrehabilitation mittels Physiotherapie

Die Beckenbodenrehabilitation mittels Physiotherapie ist eine der grossen Stützen der konservativen Behandlung. Die Patientin lernt, den Beckenboden wiederholt zu kontrahieren, womit dessen Stärke und Effizienz erhöht und der Tonus verbessert wird, was wiederum die Organe des kleinen Beckens besser trägt und stützt (46). Anatomische und subjektive Befunde werden verbessert und Beschwerden gelindert (47-49).

Pessare und Östrogenisierung

Während die bisher genannten Massnahmen – sofern korrekt und konsequent angewendet – langsam greifen, beheben Pessare den Deszensus umgehend, indem sie den Levatorenschenkeln aufsitzen und die Senkung reponieren. Sie können auch als langfristige therapeutische Lösung angewendet werden, sofern die Betroffenen das Pessar korrekt handhaben, diese Therapieform vertragen, keine Ulzerationen auftreten und die Beschwerden damit auch behoben werden. Tatsächlich ist die Compliance bezüglich kontinuierlicher Pessaranwendung – bei allerdings selektionierten Patientinnen – mit 50 bis 80% nach 1 Jahr, 48% nach 5.4 Jahren und 14% nach 7 Jahren gut (50, 51). Es sind die sexuell aktiven Frauen und die über 65-jährigen Frauen, die die Pessaranwendung länger fortsetzen (50).

Zu den Indikationen für die Pessartherapie zählen die fehlende Operabilität wegen relevanter Komorbiditäten, der Rezidivdeszensus, der positive Kinderwunsch oder eine bestehende Schwangerschaft, aber auch der Wunsch der Patientin nach nicht operativer Therapie. Dabei hängt die erfolgreiche Pessaranpassung und -behandlung weder vom betroffenen Kompartiment noch vom Schweregrad des Deszensus ab (50).

Pessare können auch als Überbrückungstherapie bis zur operativen Korrektur eingesetzt werden. Oder sie decken als Repositionsversuch diagnostisch eine allfällig durch den Deszensus larvierte Belastungsinkontinenz oder eine Blasenentleerungsstörung auf, indem sie die störende urethrale Kompression beheben. Umgekehrt kann das Pessar durch Kompression der Urethra eine Harninkontinenz behandeln. Bei Deszensus mit Inkontinenz sind Ring- oder Schalenpessare mit Oliven, welche den Urethrasupport bieten, indiziert. Letztlich zeigt sich der Outcome bei Pessaranwendung erst im Verlauf, wovon dann die Patientinnencompliance abhängt.

Die Pessartherapie soll idealerweise mit einer lokalen Östrogenisierung (Crème) kombiniert werden. Dies behandelt nicht nur die postmenopausale Genitalatrophie, sondern reduziert den vaginalen Ausfluss und erhöht die Compliance für das Tragen des Pessars (52, 53).

Zudem erleichtert die auf das Pessar aufgetragene Crème dessen Einführen. Die Pessare sind in verschiedenen Grössen, die den anatomischen Verhältnissen der Patientin Rechnung tragen, und Formen für die unterschiedlichen Indikationen erhältlich (Abb. 4).

Würfelpessare werden in der Regel nur tagsüber getragen und von der Patientin selbständig am Morgen eingeführt und am Abend entfernt, **Ring- oder Siebschalenpessare** können dagegen bis zu 6 Wochen belassen werden und eignen sich eher für betagte Patientinnen oder Patientinnen mit z. B. arthrotischen Beschwerden der Hand. **Urethralpessare** sind zusätzlich an einer Stelle mit einer olivenartigen Verstärkung ausgestattet, die suburethral zu liegen kommt und dadurch eine gleichzeitig bestehende Belastungsinkontinenz beheben kann.

Mitunter tritt ein durch Anaerobier verursachter Geruch auf, der dann mit einer Clindamycin-haltigen Crème angegangen werden kann. Daher sowie aufgrund der Gefahr von Erosionen und Ulzerationen bzw. Druckstellen bei zu langer Liegedauer sind regelmässige Spekulumstellungen und Pessarwechsel notwendig. Bei Ulzerationen muss die Pessartherapie für einige Tage ausgesetzt und solange mit Tupferpessaren und lokaler Östrogenisierung überbrückt werden. Risikofaktoren für einen Misserfolg sind eine kurze Scheide (< 6 cm), ein weiter (klaffender), für vier oder mehr Querfinger durchgängiger Introitus oder eine isolierte Rektozele, weshalb das Pessar wegen den auseinandergewichenen Levatorenschenkeln nicht ausreichend gestützt wird.

Ideal ist die Kombination der konservativen Massnahmen mit angepasstem Verhalten, Östrogenisierung, Beckenbodenrehabilitation und Pessartherapie.

PD Dr. med. Daniele Perucchini

Dr. med. Gian-Piero Ghisu

Prof. Dr. med. Daniel Fink

PD Dr. med. Cornelia Betschart

Klinik für Gynäkologie, Universitätsspital Zürich

Frauenklinikstrasse 10

8091 Zürich

Dr. med. David Amos Scheiner

Klinik für Gynäkologie

Universitätsspital Zürich

Frauenklinikstrasse 10

8091 Zürich

david.scheiner@usz.ch

Für die Autoren besteht kein Interessenskonflikt in Verbindung mit dem vorgelegten Manuskript.

- Der Genitaldeszensus ist ein häufiges gynäkologisches Problem, welches die Lebensqualität der betroffenen Frauen beeinträchtigt.

- Hauptrisikofaktor ist die vaginale Geburt.
- Die konservative Therapie mittels Physiotherapie und Pessar gehört zur empfohlenen Firstline-Therapie.

Messages à retenir

- La descente d'organes est un problème fréquent en gynécologie et affecte la qualité de vie des femmes qui en sont atteintes.
- Le facteur de risque majeur est l'accouchement par voie vaginale.
- Les traitements conservateurs avec physiothérapie et application de pessaire représentent les thérapies à recommander en première intention.

